

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 116

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TORSIONS DU GRAND ÉPIPLOON

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

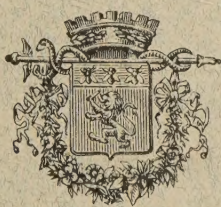
et soutenue publiquement le 19 janvier 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Jules AUDIER

Né à Baranquilla (Colombie Sud, Amérique centrale), le 22 mai 1877.



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 116

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TORSIONS DU GRAND ÉPIPLOON

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 19 janvier 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Jules AUDIER

Né à Baranquilla (Colombie Sud, Amérique centrale), le 22 mai 1877.



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Maronniers

1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

M. LORTET DOYEN.
M. LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	X.
Clinique des maladies des enfants	GAYET.
Physique médicale	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	WEILL.
Matière médicale et Botanique	MONOYER.
Parasitologie	HUGOUNENQ.
Pnatomie	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE.
Physiologie	LORTET.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie externe	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales	MORAT.
Anatomie pathologique	TEISSIER.
Médecine opératoire	AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée	MAYET.
Médecine légale	TRIPPIER.
Hygiène	POLLOSSON (M.
Thérapeutique	ARLOING.
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	SOULIER.
	FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire	DOYON.
CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES	
Clinique des Maladies des Femmes	MM.
Maladies des voies urinaires	POLLOSSON (A. agrégé)
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	CHANDELUX, —
Propédeutique médicale	LANNOIS, —
Propédeutique chirurgicale	ROQUE, —
Propédeutique de gynécologie	ROLLET, —
Anatomie pathologique	CONDAMIN, —
Accouchements	DEVIC, —
Matière médicale	FABRE, —
Anatomie topographique	MOREAU, —
	DURAND. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, *Président* ; M. DOYON, *Assesseur* ;
MM. PIC et NOVÉ-JOSSERAND, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A TOUS LES MIENS

Hommage de ma reconnaissance
et de mes affectueux sentiments.

A MES INTIMES

Souvenir d'une amitié toute faite
d'estime et de sympathie.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

INTRODUCTION

L'idée de ce modeste travail nous a été donnée par M. le docteur Paul Vignard, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.

C'est au cours d'une opération nécessitée d'urgence pour des signes apparents d'occlusion intestinale qu'il observa une torsion du grand épiploon. Ce dernier s'était engagé dans le canal inguinal pour son propre compte et sans participation de l'intestin, y avait contracté des adhérences le maintenant dans cette situation nouvelle.

D'autre part, des phénomènes de gangrène très accusée avaient envahi la masse épiploïque et ne pouvaient s'expliquer par aucune constriction venant soit du collet du sac, soit des parties molles environnantes.

Il fallait donc chercher un facteur responsable de ces phénomènes de nécrose et c'est la torsion d'une épiplocèle préexistante qui a pu nous les expliquer.

Les cas de torsion de l'épiploon dûment constatés

sont relativement peu fréquents, soit que les chirurgiens au cours de leurs opérations aient négligé d'y prêter attention, préoccupés avant tout des symptômes d'étranglement herniaire qui leur avaient forcé la main, soit encore que les épiplocèles offrent en réalité rarement cette complication.

La science ne compte actuellement qu'une vingtaine de cas analogues, tous diagnostiqués seulement après opération, aussi avons-nous pensé que notre observation inédite pourrait contribuer à l'étude encore peu connue des torsions de l'épiploon.

Dans un premier chapitre, nous exposerons tout au long l'observation qui a servi de point de départ à notre travail.

Le deuxième chapitre sera consacré à un court aperçu historique de la question.

L'étude clinique fera le sujet d'un troisième chapitre.

Dans un quatrième paragraphe, nous y grouperons quelques données relatives aux lésions anatomiques et à leur mécanisme.

Quelques mots sur le traitement et un tableau synthétique des observations parues jusqu'à ce jour termineront notre étude.

.

.
Avant d'aborder l'étude de notre sujet, un pieux devoir s'impose à nous et nous l'acceptons bien volontiers. C'est celui de remercier nos maîtres dans les Hôpitaux.

Tout d'abord, c'est à M. Vignard, chef de clinique chirurgicale à la Faculté que va notre reconnaissance, c'est avec son affabilité habituelle qu'il nous a indiqué le sujet de cette thèse et n'a su nous plaindre ni son temps ni ses conseils.

Durant notre externat et les quelques suppléances d'interne que nous avons faites, nous avons été l'élève de maîtres que nous aimons à nous rappeler.

M. le Professeur Maurice Pöllosson a été notre premier maître, et c'est chez lui que nous avons puisé les premières notions de pathologie externe. C'est avec plaisir et profit, que nous nous sommes retrouvés quatre ans plus tard dans le service où nous avions débuté.

Qu'il reçoive ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

M. le docteur Mollard, médecin des Hôpitaux a été pour nous un maître dont nous garderons longtemps la mémoire. Nous avons à cœur ici de le remercier pour le précieux enseignement qu'il nous a donné ainsi que pour les conseils et encouragements qu'il nous a prodigués en certaines circonstances.

Nous avons aussi été l'élève de M. Gailleton, professeur de clinique des maladies de la peau, de M. le professeur agrégé Gangolphe, nous les remercions de leur précieux enseignement.

Que MM. les professeurs agrégé Auguste Pollosson, Tixier, Durand, Condamin et MM. les docteurs Lyonnet et Bret acceptent nos souvenirs reconnaissants, à l'occasion des courtes suppléances où nous avons pu les apprécier.

Puisse la mémoire vénérée de mon père, présider à cette carrière, où ses conseils m'ont conduit et que mes maîtres m'ont fait aimer et estimer.

M. le professeur Poncet a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, nous le remercions pour le grand honneur qu'il nous a fait.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATION INÉDITE DUE A L'OBLIGEANCE DE M. PAUL
VIGNARD, CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA
FACULTÉ DE LYON.

Le samedi 15 novembre 1903, entra à l'hôpital de la Croix-Rousse dans le service de M. Villard, que suppléait alors M. P. Vignard, une femme âgée de 50 ans, présentant des accidents d'occlusion intestinale, fruste peut-on dire, puisqu'elle émettait encore quelques selles et quelques gaz.

Dans ses antécédents personnels ou héréditaires, nous n'avions rien découvert qui put nous intéresser. La seule chose à retenir, c'est qu'à plusieurs reprises déjà elle avait présenté des phénomènes analogues. Enfin une forte proportion de sucre fut décelée dans les urines.

A son entrée dans le service, la malade présentait un état général assez grave, bien qu'elle n'ait pas

une suppression complète des matières et des gaz.

Le facies anxieux révélait l'infection péritonéale, les narines étaient pulvérulentes et les yeux excavés, les extrémités commençaient déjà à présenter des phénomènes de cyanose.

Le pouls était petit, fréquent, 120 pulsations. La température était de 37°.

A l'examen général de l'abdomen, nous découvrons une obésité très prononcée, un ventre volumineux dont le pannicule adipeux extrêmement épais retombait en une sorte de pli sur la racine des cuisses.

A l'examen local, c'est la région inguinale droite qui nous intéresse, et nous percevons une masse allongée, parallèle à l'arcade crurale et s'étendant, d'autre part, au-dessus de cette dernière. Cette tumeur allongée s'étendait jusqu'au voisinage de l'orifice externe ou inférieur mais ne semblait pas l'avoir franchi, se terminant au niveau du tiers interne du trajet inguinal environ.

La palpation, assez difficile en raison de la surcharge graisseuse des parois, révèle la forme générale d'un gros boudin de 8 à 9 centimètres de long, à surface à peu près régulière. Un pédicule profond, tendu, semble en haut rattacher cette masse aux organes contenus dans l'abdomen. En bas, délimitation à peu près nette de son extrémité inférieure. Pas de sonorité, pas de fluctuation, aucune adhérence à la peau.

Le diagnostic [de hernie inguinale avec épiplocèle paraît évident.

Le début des accidents remontant au mardi précédent, c'est-à-dire à quatre jours auparavant, en pré-

sence de l'état précaire de la malade, l'opération est décidée à la rentrée même de la malade.

L'anesthésie a lieu à l'éther et l'incision est faite sur la masse herniaire parallèlement à l'arcade crurale. Le canal inguinal est mis à jour et l'on se trouve en présence du sac. Celui-ci présente une épaisseur considérable et un aspect rougeâtre particulier qui le fait prendre pour une portion du gros intestin.

Pour confirmer ce jugement, on incise légèrement cet organe, il s'en échappe sous pression un liquide jaune diarrhéique à odeur fécaloïde très prononcée qui semblait confirmer l'idée qu'on avait incisé le gros intestin hernié sans interposition du péritoine. Cette sorte de ponction exploratrice est refermée à l'aide de deux fils.

L'incision des téguments et des plans sous-jacents est agrandie par en haut, de manière à permettre un examen plus complet de la masse herniée. Cette exploration montre qu'il ne s'agit nullement de l'intestin, mais bien d'un véritable sac péritonéal, très épais, anormal par ses apparences, qui se continue plus haut avec une séreuse normale.

On incise de nouveau le sac dans toute son étendue et on le trouve occupé par une masse épiploïque énorme, de consistance dure, dont le volume pouvait égaler celui d'une tête de fœtus. Cette portion renflée, céphalique, se continue insensiblement avec le reste de la tumeur qui lui sert de pédicule.

Cet épiploon est verdâtre, gangrené en plusieurs points et adhérent dans sa portion inférieure de toute

part au sac. Une odeur infecte se dégageait de cette masse herniaire.

Une exploration sérieuse apprend qu'il n'y a pas d'intestin engagé — et c'est là une constatation, qui, nous le verrons, a son importance.

Les adhérences sont libérées avec quelque peine en raison de leur résistance.

Le doigt, introduit dans l'intérieur du sac et dirigé du côté de l'abdomen pour découvrir l'orifice d'étranglement qui aurait empêché l'épiploon une fois engagé de revenir sur lui-même, ne découvre aucun anneau de constriction et pénètre facilement dans l'abdomen — et c'est là un deuxième point intéressant de notre étude.

Ce doigt explorateur dirigé du côté de l'orifice inguinal interne ou supérieur, pénètre avec aisance et rencontre alors, accolée contre la face postérieure de la paroi abdominale une autre masse épiploïque. Celle-ci moins volumineuse que la première a le volume d'une mandarine, elle est tout aussi gangrenée bien qu'elle fut libre, notoirement située au-dessus de l'orifice supérieur du trajet inguinal.

Cette masse est attirée dans le champ opératoire représenté par le canal inguinal largement ouvert surtout en haut. L'on se rend compte alors que le pédicule profond de cette tumeur est formé par une mince corde épiploïque assez tendue qui est rattachée en arrière à une portion d'intestin que l'on ne peut reconnaître en raison du nombre des fausses membranes rougeâtres, ecchymotiques, qui le recouvraient —

toutes les présomptions semblent cependant être en faveur du côlon transverse.

Ce pédicule est coupé sur ligature, un gros drain et des mèches sont placés dans la fosse iliaque interne et la plaie est à peine rétrécie par un ou deux points de suture.

La malade est reportée dans son lit, dans un état d'adynamie très grave, et meurt dans le collapsus, le lendemain dans la journée.

L'autopsie malheureusement n'a pu être faite.

L'examen morphologique de cette tumeur révèle qu'il y a deux masses épiploïques, l'une surmontant l'autre et séparées par une portion rétrécie où plusieurs tours de spire s'étaient produits.

En somme, cette région étranglée et ces deux masses bombées, qu'elle séparait, représentaient grossièrement la forme d'un sablier.

Quant aux connexions de la seconde masse épiploïque avec le reste de l'épiploon, elles étaient représentées, avons-nous dit, par un pédicule se continuant avec l'intestin.

La rapidité de l'opération a empêché M. Vignard, de Lyon, de rechercher si une autre coudure ou torsion n'aurait pas siégé plus haut vers l'arc du côlon transverse, pouvant expliquer les phénomènes de gangrène ayant gagné la masse supérieure ou abdominale située au-dessus des tours de spire.

CHAPITRE II.

APERÇU HISTORIQUE

C'est Max Oberst, en 1882, qui publia la première observation de torsion de l'épiploon, mais elle semble n'avoir eu aucun retentissement dans le monde scientifique.

Cependant Virchow (*Pathologie des tumeurs*, traduit par Aron-Wohn, tome I) fait mention de ce fait anatomique, à propos des corps libres intra péritonéaux et décrit la torsion des appendices épiploïques « ces corps péritonéaux sont, dit-il des appendices épiploïques détachés, mais ayant subi préalablement, par torsion de leur pédicule, une sclérose cartilagineuse de leur revêtement péritonéal ».

Il faut arriver jusqu'à notre époque, pour signaler quelques cas nouveaux successivement présentés par Demons au Congrès de l'Association française de chirurgie, en 1893, par Bayer en 1898 et par Monod, dans la thèse de Reynier, en 1899.

En 1900, les communications sur les cas de torsions de l'épiploon deviennent plus fréquentes.

Dans les *Annales de Chirurgie* de Philadelphie, Wiener rapporte un cas personnel et cite ceux de Baracz, Hochenegg, Peck, récemment publiés.

Le 9 mai 1900, à la Société anatomique de Paris, Lucas-Championnière, Lejars, Potherat, Walther, communiquent chacun un exemple de torsion épiploïque.

Brunet, dans sa thèse (Paris 1900), cite sept observations que nous avons déjà mentionnées, à savoir celles de Oberst, Demons, Monod, Lucas-Championnière, Lejars, Potherat, Walther.

Chavannaz, dans la *Gazette hebdomadaire* (1900, 28 juin), Bender et Heitz, en novembre 1900, à la Société anatomique, apportent encore quelques observations.

En 1901, deux cas inédits sont présentés à la Société anatomique de Paris, l'un par Souligoux et Deschamps, l'autre par Lucas-Championnière et Mauban.

En mai, Tuffar communique une observation personnelle à la Société de chirurgie.

Dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, Bender et Heitz font une revue intéressante des treize cas qu'ils ont réunis (aucun qui n'ait déjà été mentionné).

En 1902, Martinand, dans sa thèse de Bordeaux, refait cette étude qui comprend quatorze observations.

En juin 1902, dans la *Gazette des Hôpitaux* de Milan, Moresco donne un nouveau cas.

Enfin, M. Vignard (de Nantes) et M. Giraudeau son interne, dans les *Archives provinciales de Chirurgie* du 1^{er} avril 1903, font une étude sérieuse de la question et réunissent les observations parues jusqu'à ce jour. Ils y ajoutent cinq cas non publiés encore en France. Trois sont étrangers (ceux de Peck, Wiener, Moresco), deux sont français et entièrement inédits observés l'un par MM. Vignard (de Nantes) et Giraudeau, l'autre par M. Malherbe (de Nantes).

Ces observations diverses, nous les retrouverons résumées à la fin de notre travail.

CHAPITRE III.

ETUDE CLINIQUE

Étiologie.

Les données relatives au sexe et à l'âge sont d'une médiocre importance.

Les hommes représentent la plus grande proportion et la période de la vie active, l'âge moyen constituent la période de prédilection des torsions épiploïques.

Mais le facteur prédisposant le plus fréquent est évidemment la coexistence de la hernie. Nous l'avons notée dans tous les cas que nous avons pu étudier.

La hernie inguinale a été constatée dans la majorité des observations qui nous donnent un contingent de vingt cas sur vingt et un. Seulement, une fois, le

malade avait une éventration consécutive à une laparotomie antérieure (Souligoux et Deschamps).

La hernie crurale n'a jamais été signalée.

Enfin, aucune notion concernant le côté de la hernie ne semble devoir être recueillie.

L'ancienneté de la hernie est la règle.

Cependant elle n'est pas notées dans deux cas, ceux de Potherat, de Bender et de Heitz. Mais cette ancienneté est bien variable.

En effet, si, dans certains cas, on a pu constater des hernies remontant à 30, 25, 12 ans, ou à une date moins éloignée, 8, 6, 3 ans, nous devons faire remarquer aussi qu'elles peuvent ne devenir manifestes, après un passé silencieux, que lorsque la hernie se tord et donne lieu à un début aigu ou subaigu, comme dans l'observation de M. Vignard de Lyon.

En général, ces hernies étaient réductibles, tout au moins jusqu'au début des accidents.

Leur irréductibilité consécutive à des phénomènes d'inflammation, produisant des adhérences, prépare le terrain au sphacèle de la masse épiploïque que la torsion va précipiter.

La congénitalité de la hernie a été signalée trois fois.

Les malades ne présentent en général, dans leurs antécédents, aucune maladie pouvant avoir retenti sur l'épiploon. Plusieurs fois, cependant, on a pu relever dans leur passé pathologique des crises de coliques appendiculaires, ayant pu donner lieu à des

épiploïtes chroniques par propagation irritative ou inflammation du voisinage.

Quant à la cause efficiente de la torsion, il est difficile de l'expliquer ; toutefois, dans le paragraphe destiné à la pathogénie, nous essaierons d'en donner quelques explications.

Symptomatologie.

Les phénomènes cliniques qui traduisent la torsion du grand épiploon sont ceux de toutes les torsions connues des organes intra-abdominaux avec, dans la majorité des cas, un début herniaire.

Début. — Le début est généralement brusque, après un effort, un mouvement exagéré ou une quinte de toux. La douleur ouvre la scène; elle est aiguë et, dans la majorité des cas, semble se localiser dans une des fosses iliaques avec irradiations dans le bas-ventre. Cette douleur, d'ailleurs, ne tarde pas à se généraliser à tout l'abdomen; localisée, soudaine, dans le côté droit du ventre, elle en impose souvent pour un début d'appendicite. En même temps, du côté de la hernie épiploïque, surviennent des accidents d'irréductibilité.

État. — La période d'état fait rapidement suite à ce brusque début, et c'est par des signes d'emprunt simulant l'étranglement herniaire, ou l'appendicite, ou l'occlusion intestinale qu'elle se révèle. En somme, l'affection n'offre rien de bien pathognomonique, si ce n'est des phénomènes péritonéaux aigus.

La douleur persiste, vive, angoissante, affectant le plus souvent la forme de coliques, à marche continue

et progressive. Parfois, cependant, apparaissent des périodes de sédation en imposant pour une amélioration. Mais cette allure n'est que trompeuse, car bientôt la douleur localisée primitivement au niveau de la hernie, se généralise à tout l'abdomen. Le ventre se ballonne.

Les phénomènes fonctionnels revêtent habituellement un caractère de haute gravité.

Les vomissements existent dans un tiers des cas. Ils sont, d'ordinaire, violents et fréquents et d'une coloration verdâtre rappelant celle des vomissements porracés de la péritonite aiguë.

Le hoquet est relativement peu fréquent, mais nous l'avons vu signalé dans plusieurs observations et nous l'avons constaté chez notre malade.

C'est la constipation surtout qui manque le moins.

L'arrêt des matières et gaz peut être absolument complet, comme le notent explicitement Souligoux et Deschamps, et présenter « tous les symptômes de l'étranglement herniaire » tels que dans le cas de Demons, ou « tous les signes d'une occlusion intestinale » ainsi que dans l'observation de Tuffier.

Enfin, dans plusieurs cas, l'occlusion est incomplète et permet l'émission de quelques gaz, comme dans le cas de M. Vignard, de Lyon, que nous citons, où le diagnostic posé d'urgence fut celui de hernie étranglée. Malherbe signale une fois la diarrhée.

Les signes généraux diffèrent suivant la durée des phénomènes et l'état de moindre résistance des malades.

Le faciès est rarement normal, le plus souvent anxieux et grippé, traduisant le retentissement habituel de toute affection abdominale. Le plus souvent, il rappelle absolument celui de l'obstruction intestinale.

Le pouls a été trouvé généralement petit et accéléré entre 80 et 120 pulsations-

La température semble devoir rester normale, variant d'un degré autour de la normale et avec prédominance plutôt vers une légère hypothermie.

Examen. — L'abdomen est ballonné, météorisé et présente une hyperesthésie très vive à la palpation superficielle et profonde, quelquefois il y a un peu d'ascite.

C'est la hernie, dans la majorité des cas, qui attire l'attention, par la présence de l'épilocèle que nous avons rencontré 15 fois sur 21 cas. Cette hernie présente habituellement les caractères classiques d'une épiploïte herniaire : elle est devenue presque subitement douloureuse et plus dure, enfin elle est nettement irréductible et mate à la percussion.

On ne trouve aucun signe important à la palpation du côté de l'abdomen dans la moitié des cas, soit que l'examen ait été incomplet, soit qu'il ait été rendu difficile par la tension douloureuse des parois, soit encore par l'obésité souvent concommittante.

Quelques observations cependant rapportent des signes uniquement abdominaux :

Peck avait senti une masse distincte dans la partie droite de l'abdomen ;

Hochenegg une résistance douloureuse au-dessus de l'arcade crurale droite ;

Wiener une tumeur de la grosseur d'une orange, à mi-chemin des côtes et de l'épine iliaque, sur la ligne axillaire.

Dans le cas de Lejars, il y avait, dans la fosse iliaque droite, une masse très volumineuse, immobile, empâtée, mal limitée.

Dans l'observation de Malherbe, l'empâtement et la matité occupent une zone ayant la forme d'une ellipse, à grand axe vertical et dont l'un des foyers serait le point de Mac-Burney (*Loco citato*).

Le malade de Tuffier présentait une tumeur allongée, verticale, siégeant à la partie interne de la fosse iliaque gauche.

Enfin, dans un certain groupe de cas, la palpation a permis de découvrir de véritables tumeurs inguino-scrotales.

Dans l'observation de M. Vignard, de Lyon, la tumeur inguinale à forme de boudin, se prolongeait au-dessus de l'anneau inguinal interne ou supérieur. en une masse que l'on pouvait à peine délimiter tellement l'exploration était difficile.

Il y a un signe que l'on retrouve signalé dans plusieurs cas de torsions épiploïques. et qui semble avoir

une valeur clinique plus originale : c'est la constatation d'un cordon, le plus souvent douloureux et qu'on peut arriver à sentir très bien, remontant des bourses, ou d'une région plus supérieure, le long du canal inguinal, jusqu'à très haut dans le ventre, et constituant le cordon épiploïque de Velpeau, sur lequel a tant insisté Bouilly à propos des épiplocèles adhérentes.

Cette corde épiploïque est « bien cette masse d'une certaine fermeté remplissant le canal inguinal » que Max-Obert, Monod, Bracz, constatent faisant suite à la tumeur inguino-scrotale.

Mais ce cordon peut aussi, suivant que l'épiplocèle est peu profondément engagée dans le canal inguinal, ne se laisser percevoir que du côté de l'abdomen, où il s'enfonce pour se terminer, le plus souvent, dans une masse rétro-pariétale établie au-dessus du pli de l'aîne et remontant vers l'ombilic, à contours mal définis et qui n'est autre que la partie inférieure du tablier épiploïque.

Cette disposition, Lucas-Championnière, Potherat et Mauban, l'ont rencontrée.

Ces diversités de descriptions ne peuvent nous permettre de tracer un cadre uniforme convenant à tous les cas.

Nous avons insisté sur la brusquerie du début de la torsion épiploïque. C'est, en effet, l'allure dramatique qu'elle revêt le plus souvent. Cependant, il semble

exister une forme lente, peut-être insoupçonnée et que des accidents peuvent d'ailleurs venir brusquer.

Bayer et Chavannaz ont relaté ce mode de début, où des signes lents à s'accuser, insidieux, simulaient l'occlusion chronique et demeuraient localisés. C'était une douleur vive avec tuméfaction du sac herniaire.

L'épiplocèle présentait les caractères d'irréductibilité déjà ancienne, la constipation alternait avec des débauches et les vomissements étaient fréquents.

Diagnostic.

Le diagnostic de la torsion de l'épiplocèle est sûrement des plus difficiles, cette complication empruntant ses manifestations cliniques soit à l'étranglement herniaire, soit à l'obstruction intestinale, soit à l'appendicite.

Les vingt et une observations ne mentionnent pas qu'il ait été fait avant l'intervention.

La présence de la corde épiploïque a sûrement une valeur pathognomonique indiscutable.

Nous savons qu'elle existe au niveau du canal inguinal, à travers lequel elle se continue parfois jusqu'au scrotum et se prolonge plus ou moins haut dans l'abdomen où elle peut atteindre le rebord costal ou l'arc du côlon.

Mais ce signe peut faire défaut, soit que cette modification de la forme de l'épiploon se continue très peu au-dessus du canal inguinal, soit que la tension ou l'obésité des parois abdominales empêchent l'examen.

D'autre part, on sait qu'elle peut se rencontrer dans certains cas d'épiplocèles réductibles comme l'a décrit Bouilly.

La corde épiploïque, si elle existait toujours, serait d'un grand secours pour éliminer les affections qui simulent le plus souvent la torsion, c'est-à-dire, l'étranglement ou l'appendicite.

Le plus souvent, le diagnostic fréquent qui se fait, est celui d'épiploïte herniaire étranglée, surtout s'il n'y a pas de corde intra abdominale.

L'intestin est évidemment mis hors de cause, en raison des caractères de la tumeur : dureté, matité, etc., etc.

L'appendicite, en raison de son début brusque et dramatique a été souvent diagnostiquée, les observations relèvent cinq fois cette cause d'erreur. La douleur localisée à droite, les vomissements, les coliques, le ballonnement et l'hyperesthésie du ventre et l'empatement fréquent de la fosse iliaque — voilà autant d'analogies qui peuvent égarer le clinicien.

Cependant la concomittance de la hernie irréductible depuis peu de temps, la présence de la tumeur épiploïque occupant le canal inguinal, la fosse iliaque et même le flanc gauche, peuvent faciliter quelque peu le diagnostic.

Enfin, la température dans les torsions est presque normale variant à peine d'un degré.

Marche, durée, terminaison.

Les cas de torsions de l'épiploon ont tous bénéficié d'une intervention relativement précoce, puisque leur allure clinique en a toujours imposé, soit pour un étranglement herniaire, soit pour une obstruction intestinale, soit pour une appendicite, aussi est-il difficile d'en décrire une évolution originale.

La durée des accidents n'a rien de fixe. Les crises antérieures, lorsqu'elles ont existé comme dans les cas de Wiener, Malherbe et Vignard de Nantes, marquaient peut-être le début des phénomènes de torsion. Notre malade rapportait aussi avoir souffert plusieurs fois des mêmes douleurs et avoir présenté des signes de constipation passagère.

C'est de deux à cinq jours après l'éclosion des accidents que l'intervention a eu lieu dans la moyenne des cas.

Cependant Lucas-Championnière rapporte avoir opéré tardivement, dans deux cas — une fois le neuvième jour, une autre fois le vingt-quatrième — c'est là une constatation permettant d'admettre une évolution longue et à pronostic favorable.

Pronostic.

Jamais l'affection n'a été abandonnée à son propre cours — nous savons pourquoi — puisque le fait même d'un diagnostic impossible à poser n'a pu permettre au chirurgien de songer même à attendre.

Bender et Heitz déclarent que « la guérison est la règle » puisque dans les vingt cas qu'ils ont relatés ils ne mentionnent que quatre morts. L'une survenant le lendemain chez un malade opéré en toute nécessité, une autre, le deuxième jour par delirium tremens, enfin deux par broncho-pneumonie le cinquième jour.

Il est évident qu'il y a là une proportion très favorable qui permettrait d'être plutôt optimiste quant aux résultats.

Cependant, nous croyons pouvoir ajouter qu'il y a plus de craintes à redouter que ne paraît le faire supposer cette statistique.

En effet, si la plupart des interventions faites en temps voulu, ont permis de réparer les désordres locaux en réséquant les masses épiploïques altérées, il faut songer aussi que l'état général précaire du malade peut prédisposer à une issue défavorable. La question du terrain n'est pas la moindre : l'âge avancé, l'obésité pouvant coexister avec la surcharge graisseuse des viscères, les irritations fréquentes d'origine herniaire, et toutes les diathèses organiques doivent

assombrir le pronostic. Notre malade avait du sucre et se prêtait par ce fait à l'extension facile de la gangrène de son épiploon et à la septicémie.

L'intensité aussi des phénomènes fonctionnels au moment de l'intervention doit faire garder toute réserve quant aux résultats. Nous savons trop dans quelles conditions excellentes doit être un malade pour faire les frais du choc opératoire.

En somme, le cas de M. Paul Vignard, de Lyon, représente pour ainsi dire le stade ultérieur aux évolutions plus bénignes rapportées dans les observations des auteurs déjà cités, les phénomènes gangréneux de la masse épiploïque étaient trop avancés pour éviter la péritonite purulente. En effet, aucune barrière ne séparait la cavité péritonéale du trajet herniaire, il y avait libre communication et cette condition anatomique, nous le savons, est un des caractères de l'affection. L'on comprend la facilité avec laquelle les liquides septiques pouvaient s'écouler dans l'abdomen. Toute autre est la disposition heureuse rencontrée dans l'épiploïte herniaire étranglée où le collet du sac qui est l'agent de la constriction est en même temps un agent de sûreté réalisant absolument la cavité close.

Les possibilités d'une évolution fatale sont encore plus grandes, si un épiploon tordu est abandonné à lui-même.

On peut, en effet, prévoir que si l'intervention n'est pas précipitée, la mort peut se produire par stercorémie ou par paralysie réflexe de l'intestin. D'autre part, dans les cas moins aigus, le pédicule serré, aminci, peut donner lieu à des hémorrhagies.

Enfin, il est facile de concevoir que la masse épiploïque puisse se sphacéler, un phlegmon herniaire peut en résulter et s'ouvrir à l'extérieur comme dans les cas d'épiplocèle étranglée. Ce serait, peut-être, un mécanisme rare mais possible de guérison spontanée des torsions épiploïques.

La comparaison avec les torsions et les ruptures analogues qui intéressent parfois d'autres organes ou tumeurs abdominales telles que kystes de l'ovaire hydrosalpinx, kystes fœtaux permet des hypothèses vraisemblables.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique de la torsion de l'épiploon découle des renseignements que l'intervention a fournis, vérifiés et complétés par l'examen de la pièce dont on a fait l'ablation.

Vignard et Giraudeau nous fournissent à ce sujet quelques constatations anatomiques qu'ils ont rassemblées dans leur revue. Nous ferons à ces auteurs quelques emprunts.

L'incision en vue d'une kélotomie ayant été la plus fréquemment faite, le sac herniaire a été le premier examiné. Ce sac herniaire existait constamment et du même côté que la tumeur épiploïque, C'est le plus souvent un sac très épaissi, déformé.

Dans le cas de M. Vignard, de Lyon, le travail

inflammatoire l'avait complètement transformé, puisque, en sus de son épaissement, il présentait une couleur brun rougeâtre qui en avait imposé, à un premier examen, pour une portion du gros intestin hernié sans interposition de péritoine (1).

Dans la plupart des observations, l'épiploon y était contenu par son extrémité inférieure une fois (obs. de Bayer) par sa partie moyenne disposée en anse.

Les adhérences ne manquent presque jamais. Parfois, mais rarement uniques, petites et grêles, le plus souvent elles sont multiples, épaisses, très consistantes et rattachent intimement l'épiploon au sac.

Dans notre observation ces adhérences étaient tellement denses qu'elles formaient un tout avec la masse herniée.

L'intestin n'a jamais été rencontré dans le sac herniaire et c'est là un fait incontestable.

L'étranglement de l'épiplocèle paraît également faire défaut.

L'anneau ne réalisait aucune constriction autour de la tumeur et permettait largement le passage d'un doigt.

La torsion de l'épiploon ne peut être ramenée à un type unique, comme le disent Vignard et Giraudeau dont nous empruntons la classification.

(1) Des hernies inguino-crurales primitives du cœcum et de l'appendice à sac incomplet. Revue générale par MM, Léon Bérard et Paul Vignard. *Gaz. des hôpitaux* du samedi 2 août 1902.

Ils ramènent ces divers types de torsions à trois classes :

- Torsion en un point unique ;
- Torsion en deux points différents ;
- Torsion complexe.

1^o Dans les cas de *torsions en un point unique*, l'épiploon a décrit, en un point variable, de lui-même, un ou plusieurs tours de spire autour d'un axe vertical. C'est la torsion en masse, de beaucoup la plus fréquente, signalée quatorze fois.

C'était le mode de torsion de l'épiploon reséqué par M. Paul Vignard, il avait effectué ses tours de spire au voisinage de l'anneau inguinal interne ou supérieur dans la cavité abdominale.

Dans d'autres cas, on a vu cette torsion s'accomplir plus haut à proximité du côlon transverse.

La *torsion en deux points différents* est bien plus rare et se trouve réalisée dans trois observations continues.

Dans les cas de Demons et de Baracz, l'épiploon est tordu à son extrémité inférieure au-dessus d'une adhérence herniaire. Une autre torsion existe à son extrémité supérieure près de l'insertion au côlon transverse.

Dans l'observation de Walther, la torsion inférieure est située dans le sac herniaire, la supérieure au niveau du collet du sac et s'étend un peu au-dessus de celui-ci.

Le cas de Bayer présente également deux torsions,

l'une à l'extrémité inférieure l'autre à l'insertion cœlique de l'épiploon.

Les deux points tordus sont logés dans l'abdomen ; et le sac contient une partie de la masse intermédiaire.

Torsion complexe. — Les cas en sont rares.

Dans l'observation de Chavannaz, la torsion complexe est due à l'enroulement de l'extrémité inférieure repliée en arrière et devenue ascendante autour de la masse principale de l'épiploon.

Dans le cas récent de Bender et Heitz, la partie inférieure de l'épiploon est divisée en deux masses dont les pédicules se sont enroulés l'un autour de l'autre rappelant la disposition d'une tresse.

Enfin, Souligoux et Deschamps ont rencontré une portion de l'épiploon formée par une masse rectangulaire et soutenue par deux pédicules. Le seul important de ces pédicules est tordu sur lui-même.

Le volume du pédicule est comparable à celui de deux ou trois doigts. Dans un cas il était mince et prêt à se rompre. Dans notre observation il était très volumineux.

La partie de l'épiploon située au-dessous de la torsion est généralement d'assez fortes dimensions.

Les auteurs l'ont comparée à une orange, aux deux poings, à une tête d'homme.

M. Vignard de Lyon, lui donne la dimension d'une tête de fœtus, à aspect piriforme s'amincissant vers le pédicule.

La masse épiploïque surmontant le pédicule s'épa-

nouit généralement en une deuxième masse, souvent volumineuse, mais à dimension généralement moindre que celle de la masse inférieure. Sa forme est plus vague se continuant avec le reste de l'épiploon normal.

Lésions. — Les lésions macroscopiques de la portion épiploïque sous-jacente à la torsion sont d'ordinaire très accusées et présentent des signes d'inflammation chronique et varient suivant la durée des accidents.

Pour M. Hartmann, les lésions anatomiques des torsions épiploïques sont comparables à celles des divers organes abdominaux et, en particulier, de la rate, de l'hydrosalpinx et du kyste de l'ovaire.

Il leur assigne trois degrés successifs :

Une torsion incomplète, douce, à peine serrée, diminue en ce point la lumière des vaisseaux les dilatant dans leur trajet sous-jacent et ne gênant que médiocrement la circulation.

Une torsion très serrée, presque complète, rétrécit encore davantage la lumière des vaisseaux et détermine de l'hémorragie diffuse dans la portion inférieure à la constriction.

Enfin, une torsion complète très serrée, produit d'emblée une thrombose véritable des vaisseaux et un véritable sphacèle de l'épiploon.

Il est évident que même les torsions incomplètes, à

la longue, si on n'intervient, peuvent arriver à déterminer des phénomènes d'ischémie et de nécrose aboutissant aussi à la gangrène.

Ce sont ces cas de lésions avancées, où l'épiploon n'est plus qu'un moignon sphacélé à odeur putride, privé de tout apport sanguin pouvant le rénover qui assombrisse le pronostic de l'intervention.

Sur une coupe, l'épiploon est infiltré de sang noir, liquide ou coagulé. Les veines sont dilatées et thrombosées; la consistance du tissu; dure et lardacée. En résumé, ces lésions rappellent beaucoup celles des épilocèles herniaires avec étranglement de l'épiploon.

Au microscope, l'examen révèle des lésions vasculaires et des phénomènes d'inflammation allant de l'infiltration leucocytaire à l'organisation du tissu scléreux.

Le retentissement inflammatoire se fait sentir sur les organes voisins.

La séreuse péritonéale est généralement très épaisse et d'aspect ecchymotique, très vascularisée dans la partie en rapport avec la tumeur épiploïque à laquelle l'unissent souvent des adhérences.

Dans un seul cas, on note une péritonite diffuse fibro-séreuse, le plus souvent c'est la péritonite plastique seule qui s'observe.

L'intestin est généralement couvert d'adhérences dont la libération est souvent difficile. Dans notre observation ces adhérences, en partie organisées, reliaient la masse épiploïde surmontant la torsion à une

portion d'intestin que nous avons cru être le côlon transverse.

Enfin, la trompe, l'ovaire droit, surtout l'appendice ont été vus solidement reliés à l'épiploon chroniquement enflammé.

Pathogénie.

Les lésions anatomiques rendent bien compte que ces phénomènes de gangrène sont consécutifs à l'oblitération vasculaire.

Mais, il est plus mal aisé d'expliquer le mécanisme intrinsèque de ce mouvement de la masse épiploïque autour d'un axe vertical.

Trois faits sont constants, nous savons, dans les cas de torsion :

- 1° La coexistence constante avec une hernie ;
- 2° L'absence de toute anse intestinale dans le sac herniaire ;
- 3° L'absence de tout étranglement de l'épiploon par le collet du sac.

Donc ni le voisinage de l'intestin, ni le collet du sac n'apportent quelque explication.

La hernie, par sa coexistence fréquente pourra seule être mise en cause. En effet, l'extrémité inférieure de l'épiploon séjournant passagèrement ou d'une manière permanente dans le sac, devient plus condensée. L'inflammation diffuse consécutive à toute gêne d'un organe qui souffre est souvent cause d'une hypertrophie notable de cette portion inférieure.

Et, comme le disent MM. Vignard et Giraudeau, l'épiploon ressemble ainsi à une lanière à laquelle on aurait suspendu un poids.

Cette sorte de pendule est à même, évidemment, de ressentir d'une façon bien plus sensible toutes les influences extérieures ou même internes qui tendent à le mouvoir.

Cette théorie s'appliquerait aux cas les plus nombreux de torsion en un seul point.

La torsion entre deux adhérences représente un mécanisme plus simple encore.

Nous savons, en effet, que, normalement, l'épiploon est rattaché en haut à l'estomac et au côlon transverse. En bas, il est libre.

Que sous l'influence d'une irritation quelconque, il se fasse une ou plusieurs adhérences inférieures abdominales ou herniaires et l'épiploon se trouve ainsi fixé en haut et en bas, formant une corde plus ou moins tendue.

C'est le plus souvent dans le trajet herniaire d'une vieille épiplocèle devenue irréductible que se produit ce travail d'adhérence, sous l'effet de deux surfaces irritées en contact.

Qu'un facteur étranger intervienne et produise un ou plusieurs tours de spire et la torsion est réalisée. C'est ce mécanisme qui explique les torsions en deux points différents, des tours de spire peuvent se produire auprès des deux points fixes, en tout semblables à ceux que l'on détermine expérimentalement, lorsque l'on tord, en la tenant par sa partie moyenne,

une serviette fixée à ses deux extrémités (Bender et Heitz).

Quant aux causes déterminantes, le champ est encore aux suppositions et nous croyons bien, en communautés d'idées avec tous les auteurs, pouvoir attribuer une influence prépondérante aux malformations du bas de l'épiploon, à ses dentelures, franges hypertrophiées et cordons surchargés de graisse, qui peuvent constituer autant de brides favorisant le déplacement de l'épiploon et le maintenant en position vicieuse.

De même, les altérations de structure des vieilles épiplocèles, consistant en épaissement et dénégescence fibreuse avec rétraction de l'épiploon, sont autant de prédispositions pouvant expliquer en partie les conditions défectueuses d'une circulation que le moindre coude ou torsion plus ou moins complète va définitivement arrêter.

Nous avons, à ce propos, recherché si des dispositions anatomiques particulières au système artériel de l'organe ne pouvaient satisfaire l'esprit sur cette facilité avec laquelle les phénomènes de gangrène, suivaient de près l'ischémie des territoires sous-jacents à la torsion. Mais les traités classiques nous apprennent que les anastomoses vasculaires se font à plein canal et que le mode terminal de la circulation n'y est pas observé.

Enfin, puisque nous sommes sur le terrain des hypothèses, pourquoi ne pas admettre que les organes viscéraux puissent subir une ptose plus ou moins

générale, dans certains cas d'abdomen à parois relâchées ou surchargées de graisse. Il y aurait là, une raison d'être, de certaines torsions consécutives à un abaissement du côlon tranverse ou même à une dislocation de l'estomac. Ce serait donc en ce cas le point habituellement fixe de l'épiploon qui effectuerait un mouvement de bascule ou de torsion commandé par l'organe auquel il s'attache.

Plusieurs auteurs incriminent comme mécanisme des manœuvres de taxis, et même des mouvements péristaltiques violents de causes diverses.

Enfin, peut-être des coliques appendiculaires en provoquant des mouvements des anses intestinales voisines pourraient-elles avoir quelque influence mécanique.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Tout organe dont le pédicule se tord est justiciable d'une intervention hâtive, l'épiploon n'échappe pas à cette indication de nécessité. Nous sommes, en effet, suffisamment prévenus pour redouter l'apparition rapide des phénomènes de gangrène consécutive à l'oblitération vasculaire.

Si le diagnostic de torsion épiploïque a pu être établi, la laparotomie semble devoir être préférée, l'incision de Jalaguier par excellence.

La conduite à tenir est toute simple. Il faut aller à la recherche du bout inférieur de l'épiploon, qu'il soit inclus dans un trajet herniaire ou non, le libérer des adhérences qui le maintiennent fixé au sac ou aux

organes voisins. La masse épiploïque ainsi dégagée sera attirée en dehors de l'abdomen. Une forte ligature, unique ou double, sera posée sur le pédicule bien au-dessus des portions malades que l'on veut sacrifier. On aura, enfin, bien soin de constater la parfaite intégrité du tissu situé au-dessus des tours de spire et l'absence d'une deuxième torsion plus élevée, pouvant siéger très haut près de l'insertion cœlique. Dans ce dernier cas, il faudra largement réséquer toute la masse suspecte.

Dans le cas de hernie, on fera suivre cette ablation de la cure radicale par un surjet en bourse sur l'anneau inguinal interne.

Mais nous savons qu'il est presque illusoire de songer à poser ce diagnostic précoce.

Cette torsion, le plus souvent, sera découverte au cours d'une opération après diagnostic d'appendicite ou d'épiplocèle herniaire ou d'obstruction intestinale, et bénéficiera des indications d'urgence qui seront posées.

C'est aussi dans les cas d'épiplocèle chronique, que l'opérateur intervient. Il croit trouver un étranglement du collet du sac et son doigt peut poursuivre son trajet explorateur. De plus, quelques spires intra-sacculaires peuvent être constatées. La conduite à suivre est des plus simples; après ouverture du sac, décortication des adhérences, libération de la masse épiploïque et ligature supérieure. Mais il est une précaution souvent

indispensable, c'est de continuer l'incision première parallèle à l'arcade crurale sur la paroi abdominale, de façon à reconnaître l'étendue de la région et à opérer au grand jour, la libération de la tumeur épiploïque.

CHAPITRE VI.

OBSERVATIONS

D'APRES L'ORDRE CHRONOLOGIQUE.

OBSERVATION I.

8 juillet 1882. *Centralblatt, f. chir*, n° 27. — Homme, 35 ans. — Inguinale droite depuis 12 ans, réductible (épiplocèle). — Tumeur inguinale droite descendant jusque dans la bourse, se continuant dans l'abdomen en cordon mince, mobile, non réductible. — Hernie inguinale irréductible. — Kélotomie.

OBSERVATION II.

DEMONS, 21 septembre 1892. Congrès de Pau. — Homme, 36 ans. -- Inguinale droite depuis 23 ans (épiplocèle). — Tous les symptômes de l'étranglement

herniaire. — La cure radicale ne produit aucun soulagement d'où deuxième opération. — Epiploïde herniaire gangrénée. — 1° Kélotomie ; 2° lendemain : laparotomie.

OBSERVATION III.

BAYER, 30 avril, 1898. *Centralblatt. f. chir.*, n° 17. — Femme, 54 ans. — Inguinale gauche depuis 25 ans, réductible. — Tumeur herniaire douloureuse de même que la région inguinale. — Hernie inguinale étranglée. — Kélotomie, puis incision agrandie.

OBSERVATION IV.

MONOD, 25 décembre 1898. In thèse, Reygnier 98-99. — Homme 40 ans. — Inguinale droite depuis 6 ans, réductible (épiplocèle). — Tumeur inguino-scrotale dure, tendue, avec corde épiploïque dans le canal inguinal et la fosse iliaque. — Epiplocèle inguinale étranglée. — Cure radicale.

OBSERVATION V.

BARACZ, 19 février 1900. *Deutsche Zeits. f. chir.*, Leipzig. — Homme, 42 ans. — Inguinale gauche depuis plusieurs années, réductible (épiplocèle). — Région inguinale saillante. — Du testicule part un cordon dur, gros comme le doigt, mobile, irréductible, qui occupe le canal inguinal dont il suit la direction. — Hernie

inguinale étranglée. — Kélotomie, puis incision agrandie de dix centimètres.

OBSERVATION VI.

PECK, février 1900. *Médical Record*. — Femme 38 ans. — Inguinale droite depuis 12 ans. — Masse distincte dans partie droite de l'abdomen. — Tumeur abdominale.

OBSERVATION VII.

HOCHENEGB, 24 février 1900, *Bull. Soc. impériale méd. de Vienne*. — Homme, 41 ans. — Inguinale droite depuis 30 ans, réductible. — Résistance douloureuse au-dessus du ligament de Poupart droit. — Appendicite avec exsudat péritonéal. — Laparatomie sur ligne mamillaire.

OBSERVATION VIII.

WIENER, 1900. *Annal. of surgery*, Philadelphie. — Homme de 79 ans. — Inguinale droite depuis 30 ans, réductible, indolore. Masse de la grosseur d'une orange sur la ligne axillaire à mi-chemin des côtes et de l'épine iliaque antéro-supérieure. — Abscess appendiculaire. — Laparotomie au niveau de la tumeur.

OBSERVATION IX.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, 9 mai 1900. *Bull. Soc. Anato-*

mie, Paris. — Homme de 45 ans. — Inguinale gauche depuis 27 ans, réductible (épiplocèle). — Masse irréductible dure, douloureuse se continuant manifestement avec masse intra-abdominale remontant jusqu'à l'ombilic. — Hernie étranglée. — Kélotomie.

OBSERVATION X.

LEJARS, 9 mai 1900. *Bull. Soc. Anat.*, Paris. — Homme de 44 ans. — Inguinale droite ancienne, indolore. — Masse très volumineuse, immobile, mal limitée, empâtée dans fosse iliaque droite. — Appendicite. — Incision iliaque oblique.

OBSERVATION XI.

POTHERAT, 9 mai 1900. *Bull. Soc. anat.*, Paris. — Homme. — Inguinalé (épiplocèle). — Hernie inguinale épiploïque avec, au-dessus l'arcade crurale, une masse volumineuse. — Réduction en masse. — Incision de kélotomie et de laparotomie latérale.

OBSERVATION XII.

WALTHER, 9 mai 1900. *Bull. Soc. Anat.*, Paris. — Homme de 22 ans. — Inguinale droite congénitale (épiplocèle). — Tumeur inguino-scrotale ayant subitement augmenté de volume, mate et très douloureuse. — Hernie congénitale étranglée ou épiploïde. — Incision inguino-scrotale de 12 centimètres.

OBSERVATION XIII.

CHAVANNAZ, 28 juin 1900. *Car. Hebd. méd. et chir.*
Homme de 19 ans. — Inguinale (épiplocèle). — Bourse droite comme un œuf de cane. Au pôle supérieur se détache un cordon disparaissant dans le canal inguinal, n'augmentant pas sous les efforts de toux, ne cédant pas à la pression. — Hernie congénitale épiploïque avec sérosité. — Incision sur canal inguinal.

OBSERVATION XIV.

HEITZ et BENDER, 23 octobre 1900. *Bull. Soc. anat.*, Paris. — Homme de 50 ans. — Hernie inguinale gauche, irréductible depuis quelque temps (épiplocèle). — Hernie douloureuse au palper sans que le pédicule le fut davantage. — Hernie engouée. — Kélotomie.

OBSERVATION XV.

SOULIGOUX et DESCHAMPS, 15 mars 1901. *Bull. Soc. anat.*, Paris. — Femme de 35 ans. — Eventration au niveau d'une cicatrice de laparotomie (épiplocèle). — Tumeur médiane dure, bosselée, tendue, douloureuse, irréductible. — Laparotomie latérale.

OBSERVATION XVI.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE et MAUBAN, 22 mars 1901. *Bull. Soc. anat.*, Paris. — Femme de 50 à 55 ans. —

Inguinale droite depuis 20 ans, toujours irréductible (épiplocèle). — Tumeur inguinale très dure se continuant dans le ventre sous la direction du canal. — Hernie étranglée. — Kélotomie.

OBSERVATION XVII.

MORESCO. 22 juin 1912. *Car. de Ospeda*, Milano, n° 69. — Homme de 36 ans. — Inguinale droite de plusieurs années, réductible (épiplocèle). — Tumeur inguino-scrotale dure, douloureuse et mate. — Epiplocèle étranglée. — Kélotomie.

OBSERVATION XVIII.

VIGNARD, juin 1902. *Arch. prov. chir.*, avril 1903. — Inguinale droite congénitale, réductible (épiplocèle). Tumeur droite, allongée, bosselée, étendue du rebord costal jusqu'à la bourse droite et dont l'extrémité effilée s'enfonce jusqu'au testicule. — Appendicite. — Foyer de suppuration probable avec paroi épiploïque. — Propagation à une hernie préexistante. — Incision de Jalaguier.

OBSERVATION XIX.

MALHERBE, janvier 1903. *Arch. prov. chir.*, avril 1903. — Homme de 28 ans. — Inguinale droite datant de 6 ans, réductible. — Empâtement et matité occupant une zone ayant la forme d'une ellipse à grand axe

vertical et dont le foyer supérieur serait le point de Mac Burney. — Appendicite. — Incision de Jalaguier.

OBSERVATION XX.

TUFFIER, 15 mai 1901. *Bull. Soc. chir.* (Paris XXVII).
Homme de 48 ans. — Inguinale gauche réductible. —
Tumeur allongée, verticale, siégeant à la partie interne
de la fosse iliaque gauche; mate à percussion superficielle. — Occlusion intestinale. — Laparotomie.

CONCLUSIONS

I. — La torsion de l'épiploon est un fait anatomique assez rarement constaté.

Elle constitue une complication presque exclusive aux épiplocèles. Son début est rarement brusque, le plus souvent elle évolue lentement.

II. — L'allure clinique de la torsion simule absolument celle de l'étranglement herniaire ou de l'obstruction intestinale, ou encore de l'appendicite. Les signes sont : la douleur, l'arrêt plus ou moins complet des matières et des gaz, l'état péritonéal et, le plus souvent, des signes objectifs de tumeur herniaire devenue irréductible.

III. — La pathogénie en est assez obscure. Elle semble cependant expliquée :

1° Par la prédisposition d'un épiploon atteint de surcharge graisseuse et fortement découpé en dentelures ;

2° Par la fixation de l'épiploon au moyen d'adhérences en un ou plusieurs points. Le plus souvent c'est au niveau du sac herniaire que l'épiploon a formé des adhérences le rendant irréductible ;

3° Par des mouvements physiologiques ou à la suite d'efforts.

IV. — Le pronostic est relativement favorable dans les cas précoces où l'intervention est hâtive, sinon, le

pronostic est grave en raison des phénomènes de gangrène qui ne peuvent que s'accroître à la longue et faire redouter une péritonite purulente. Le mauvais état du malade opéré souvent d'urgence doit faire redouter une issue fatale.

V. — L'intervention doit suivre de près l'apparition des symptômes bruyants. Elle doit être complète et comprendre la résection entière de la masse épiploïque en voie de sphacèle, suivie de l'obturation du trajet herniaire.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 9 janvier 1904.

LE RECTEUR,

Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.



